Rok XXXVIII. Kraków, 5 Sierpnia 1899. Nr. 31.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 5 Sierpnia 1899. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do etyologii paraliżu postępowego *(Dementia paralytica)*.

Podał

Dr. Mieczysław Świtalski.

Pierwsze wzmianki o paraliżu postępowym [1]) spotykamy w literaturze dopiero z końcem XVIII stulecia, pierwszy zaś dokładniejszy opis tej choroby zawdzięczamy Haslamowi. Później zajmowali się nią dokładniej lekarze francuzcy po rewolucyi francuzkiej, znaczniejsze jednak jej rozpowszechnienie datuje się dopiero od ostatnich dziesiątek lat. Wobec nadzwyczaj wybitnego obrazu klinicznego, jaki choroba ta przedstawia, trudno przypuścić, żeby już pierwej nie była zwróciła na siebie uwagi, ale raczej należy sądzić, że należała dawniej do schorzeń bardzo rzadkich. Przeglądając statystyki rozmaitych zakładów dla umysłowo chorych, przekonamy się, że stanowi ona dzisiaj 10—30% wszystkich umysłowo chorych, leczonych w zakładach. Wyjątek pod tym względem stanowi kilka tylko krajów, n. p. Irlandya, Dania, gdzie jeszcze dzisiaj należy ona do chorób nie częstych. Porównując dalej statystyki nowsze z dawnemi, zauważymy również, że choroba ta stale ilościowo z roku na rok wzrasta, szczególnie w większych miastach. Wzrost ten dobrze przedstawia następujące zestawienie Krafft-Ebinga:

TABLICA I.

Ilość paralityków na 100 umysłowo chorych

w latach	Peszteński zakład krajowy		Wiedeńska klinika		Berliński zakład krajowy		Monachijski zakład krajowy		Degendorfski* bawarski zakład kraj.		w latach
	m.	k	m	k.	m.	k	m.	k.	m.	k.	
1873—1877	28·5	4 5	15 7	4 4	30 2	8 0	28 0	8·5	9·3	5·2	* 1869—1874
1878—1882	30 5	6·5	17·1	6 9	32·5	11·5	32 0	11 4	16·4	9·3	* 1875—1879
1883—1887	34·5	7·5	18 4	8 9	35 7	14·8	36·1	12·5	17·0	4 1	* 1880—1884
1888—1892	36·5	7 5	19 7	10·0	34·6	17 5	36·3	11 2	23 2	9·3	* 1885—1889

Z tablicy tej widzimy, że w niektórych zakładach ilość chorych na paraliż postępowy wzrosła w 20 latach w dwójnasób. Zachodzi teraz pytanie, co jest powodem ilościowego zwiększania się tej choroby. Do odpowiedzi dojść możemy na drodze statystyki, uwzględniając w wywiadach te czynniki szkodliwe, które na chorego osobnika działały. Sporządzenie takiej statystyki jest dość trudne, szczególnie — jak to słusznie zauważył Mendel — w zakładach publicznych, gdzie przeważna część chorych i ich otoczenie pochodzi ze sfer mało inteligentnych. Otoczenie chorego nie umie często podać najprostszych szczegółów z jego życia, a o rodzicach i rodzeństwie tegoż prawie nic nie wie. Zdarza się nie rzadko, że chorzy szpitalni sami nic nie wiedzą o swojej rodzinie, nie umieją nawet podać, czy rodzice żyją; tem mniej wymagać można dokładniejszych szczegółów od umysłowo chorych. Te okoliczności tłómaczą nam, dlaczego niektóre statystyki tak znacznie od siebie się różnią.

[1]) Autor posługuje się słownictwem, używanem przez Erlickiego; krakowski słownik lekarski z roku 1881 podaje długą nazwę: »zniedołężnienie umysłowe z porażeniem postępującem«. W ostatnich czasach utarła się zaś nazwa »zniedołężnienie l. niedołęstwo porażne«. *Przyp. Redakcyi.*

Poniżej przytoczony materyał statystyczny zebrałem w zakładzie dla umysłowo chorych Dra Svetlina w Wiedniu, uwzględniając chorych paralityków, leczonych w ostatnich latach w tym zakładzie. Wywiady zdają mi się być o tyle dokładniejsze, że pochodzą częścią od otoczenia chorego, należącego do klas inteligentnych, częścią zaś od lekarza domowego, który odprowadza chorego do zakładu, a zna go nieraz wiele lat; nadto odwiedzają chorych nietylko krewni, ale także przyjaciele i towarzysze młodości, z których podań i objaśnień można mieć dokładniejsze pojęcie o poprzedniem życiu, charakterze chorego, o chorobach, które przebył i o stanie zdrowia rodziców i rodziny. Chorych, którzy stanowili materyał statystyczny, zestawiłem w Tablicy II, uwzględniając wiek, stan, religię, zatrudnienie, w danym razie obciążenie dziedziczne, przebytą kiłę, formę chorobową paraliżu. W rubryce „uwagi“ zamieszczone są szkodliwości, które działały na chorego i wywołały, albo też przyczyniły się do powstania omawianej choroby. Nie uwidoczniłem czasu choroby, gdyż mała stosunkowo część chorych pozostawała przez cały czas w wspomnianym zakładzie. Niektórzy odchodzili w czasie polepszenia do domu, inni przechodzili do innych zakładów, tak, że daty te trudno było zużytkować.

TABLICA II.

L. p.	Chory, wiek, religia, stan, zawód	Obciążenie dziedziczne	przebyta kiła przed laty	postać choroby *)	UWAGI
1.	M. A., 50 l., kat., żonaty, major honwed.		20	o.	
2.	T. B., 40 lat, kat., żonaty, kupiec	Ojciec nerwowy umarł na udar mózg.		"	
3.	J. C., 38 l., gr. or., żonaty, dyrektor banku			kl.	
4.	A. G., 38 lat, mojż., żonaty, kapitalista			o.	Przed rokiem uraz w głowę, od tego czasu początek choroby
5.	E. M., 60 l., mojż., wolny, urzęd. kolei	Rodzice neurastenicy, siostra histeryczka	30	"	Z natury popędliwy, egzaltowany, od 10 lat cierpi na uwiąd rdzenia
6.	E. P., 48 l., mojż., żonaty, właśc. dóbr	Siostra cierpi na obłąkanie pierwotne		"	Charakter gwałtowny
7.	C. S., 50 lat, kat., żonaty, konsul			"	Początek choroby datuje się od przebytego zapalenia stawów przed 6 mies.
8.	E. B., 32 lat, ew. żonaty, urzędnik		11	"	Z natury bardzo wrażliwy i popędliwy. Pracował wiele po nocach.
9.	F. C., 43 lat, ew., wolny, major		18	"	
10.	F. D. 31 lat, kat., wolny, lekarz		8	"	Morfinista, przed rokiem kilaki.
11.	S. E., 52 lat, mojż., żonaty, kapitalista	Brat chorego cierpi na uwiąd rdzenia		"	
12.	J. G., 45 lat, gr. or., żonaty lekarz		?	"	Człowiek bardzo wrażliwy.
13.	L. G., 41 l., mojż., żonaty, właściciel dóbr		24	"	W dzieciństwie uraz w głowę, po którym widoczna blizna. W ostatnich latach wiele silnych wzruszeń.
14.	M J., 45 lat, kat., żonaty, urzędnik banku			"	Dwa lata przed początkiem choroby bardzo ciężkie rachunki, idące w miliony.
15.	J. R., 43 lat, mojż , żonaty, kupiec			"	
16.	L. S., 47 lat, ew., wolny, agent handl		17	"	Od 8 lat uwiąd rdzenia, często powtarzające się *excessus in Venere.*
17.	Z. S., 34 lat, mojż., wolny, redaktor czasopisma		12	"	Bardzo wiele pił koniaku i wina, nałogowy palacz.
18.	J. F., 53 lat, protest., żonaty, kupiec			"	Od 15 lat neurastenia.
19.	J. B., 50 lat, gr. or., żonaty, kupiec			"	Cierpi na padaczkę. Umysłowo bardzo przeciążony, sypiał od 12—3 w nocy.
20.	O. B., 42 lat, kat., żonaty, dyr. banku	Matka umarła na niedołęztwo umysłu starcze		"	Chory przechodził przed 20 laty ciężki udar słoneczny z objawami mózgowymi
21.	J. B., 32 lat, kat., wolny, właśc. dóbr	Ojciec umarł na udar mózgowy, siostra histeryczka	? przed 10 laty ulc. mol.	"	
22.	E. E., 36 lat, gr. or., żonaty, kupiec	Brat umarł na paraliż postępowy, reszta rodzeństwa bardzo nerwowa.	14	"	
23.	J. H., 45 lat, kat., żonaty, kupiec		14	"	
24.	S. M., 56 lat, kat., żonaty, lekarz			k.	
25.	L. M., 49 lat, kat., żonaty, major	Matka hister., cierpiała na *Tic* w twarzy		o.	Przed 12 laty był na wojnie.
26.	W. R., 50 lat, kat., żonaty, kupiec	Brat umarł na paraliż postępowy		"	Morfinista.
27.	W. S., 43 lat, kat , wolny, urzędnik			"	Zawsze bardzo nerwowy, często nie sypiał po nocach. Od kilku lat z powodu impotencyi *coitus in os feminum.*
28.	H. S., 48 lat, mojż., wdowiec, kupiec			"	Od dziecka cierpi na napady padaczki.
29.	J. S., 55 lat, kat., żonaty, właśc. dóbr			"	
30.	N. M., 33 lat, gr. or. wolny, wł. dóbr			"	W dzieciństwie przechodził *coxitis.* przed 10 laty *orchitis.*
31.	H. W., 35 lat. kat., żonaty	Ojciec bardzo nerwowy, matka histeryczka, cierpi na migrenę.	14	"	

*) W rubryce tej **k** oznacza postać klasyczną, **h** postać hipochondryczną, **o** postać, cechującą się otępieniem (Demente Form).

L. p.	Chory, wiek, religia, stan, zawód	Obciążenie dziedziczne	przebyta kiła przed laty	postać choroby	UWAGI
32.	B. N., 33 lat, gr. or., wolny, wł. dóbr	Matka histeryczka. Ojciec cierpi na chorobę Basedowa.	10	„	W dzieciństwie krzywica. Później *Excessus in Baccho et Venere.*
33.	M. A., 53 lat, mojż., wdowa, wł. dóbr	Brat i siostra umysłowo chorzy.		„	
34	A. B, 34 lat, kat., żonaty, lekarz			k.	Z natury b. wrażliwy, neurastenik.
35.	D. B., 42 lat, mojż., żonaty, kapitalista	Siostra cierpi na napady padaczkowe	?	h.	Neurastenik.
36.	P. B, 35 lat, kat., żonaty, major		12	o.	
37.	J. D., 44 lat, gr. or., wolny, wł. dóbr		22	„	Pijak.
38.	L. E., 47 lat, ew., żonaty, fabrykant			„	Z natury bardzo wrażliwy, neurastenik, przeciążony pracą umysłową.
39.	J. F., 50 l., mojż., żon., dyrektor banku			k.	
40.	M. H., 37 lat, mojż., żonaty, kupiec			o.	Neurastenik, przeciążony pracą umysł.
41.	M. K., 32 lat, gr. or., żonaty, kupiec			„	Od dziecka bardzo wrażliwy, popędliwy.
42.	K. H., 44 lat, kat., żonaty, fabrykant			„	Od 18 lat neurastenia.
43.	J. L., 33 lat, kat., żonaty, kupiec	Ojciec neurastenik, matka histeryczka		„	Pijak.
44.	J. M., 44 lat, gr. or., wolny, budowniczy		15	„	
45.	J. M., 48 lat, kat., wdowiec, przedsiębiorca		2	„	Zmiana charakteru, która wystąpiła jako pierwszy objaw choroby, datuje się od śmierci żony, t. j. od 3 lat.
46.	J. M., 35 lat, kat., wolny, lekarz			„	
47.	J. P., 40 lat, kat., żonaty, fabrykant			„	Od kilku lat neurastenik, bardzo przeciążony pracą zawodową.
48.	F. L., 42 lat, mojż., żonaty, fabrykant		15 na języku kilak	h.	
49.	A. S, 50 lat, mojż., żonaty, lekarz	Ojciec pijak.		„	
50.	H. S., 58 lat, ew., żonaty, fabrykant	Matka umysłowo chora.	6 ??	o.	
51.	W. S., 47 lat, ew., żonaty, fabrykant			„	Bardzo przeciążony pracą umysłową, w ostatnich czasach kilka silnych wzruszeń umysłowych z powodu nieszczęść w rodzinie.
52.	H. S., 42 lat, mojż., wolny, kapitalista	Stryj umarł na paraliż postępowy, ojciec neurastenik	14	„	Pijak.
53.	M. S, 33 lat, mojż., żonaty, kupiec	Matka przechodziła ciężką zadumę.	12	„	Przeciążony pracą zawodową. W 18 r. życia kilka godzin trwający napad szału.
54.	J. L., 46 lat, mojż., żonaty, fabrykant		?	„	Bardzo przeciążony pracą umysłową.
55.	O. Z, 51 lat, kat., żonaty, kapitalista			„	Neurastenik. Przed 4 laty wiele trosk z powodu strat finansowych.
56.	F. A., 47 lat, kat., wolny, właśc. dóbr	Ojciec neurastenik, brat umysłowo chory, siostra histeryczka.	10	„	Przed 20 laty spadł z konia, poczem był kilka godzin nieprzytomny.
57.	E. B., 35 lat, gr. k., żonaty, urzędnik			„	
58.	A. B, 51 l., gr. or., żonaty, kapitalista	Ciotka ze strony ojca umysł. chora	30	„	Kilka blizn na czaszce po pojedynkach
59.	A. C., 38 lat, kat., żonaty, starosta			„	
60.	F. E., 36 lat, kat., żonaty, urzęd. banku			„	Od dziecka wrażliwy, b. popędliwy.
61.	J. F., 52 lat, mojż., żonaty, przedsięb.		20	„	Neurastenik.
62.	J. G., 40 lat, kat., żonaty, fabrykant			h.	
63.	L. J., 46 lat., mojż, wolny, praktykant			o.	Od 6 l. cierpi na obłąkanie pierwotne.
64.	G. K., 41 lat, ew., żonaty, kupiec	Ojciec skończył samobójstwem, stryj umysłowo chory.	12	„	Od dziecka wrażliwy, popędliwy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z pracowni chemicznej kliniki Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przemiana materyi w czterech przypadkach ciężkiej niedokrewności.

Podał
Dr. W. Moraczewski.

(Dokończenie).

Ostatni wypadek naszego doświadczenia zużytkowaliśmy dla zbadania wpływu soli wapniowych na wydzielanie siarki. Chora była przedtem zupełnie zdrowa i bez widocznej przyczyny poczuła przed paru tygodniami wzrastające osłabienie. Do tego przyłączyły się żołądkowe cierpienia, których poprzednio chora nie miała. Stan jej w czasie naszych doświadczeń nie wykazywał żadnych zmian w narządach, oprócz braku kwasu solnego w soku żołądkowym. Tętno i ciepłota prawidłowe, krew zawierała 20% hemoglobiny, 500.000 ciałek czerwonych, 4.842 ciałek białych, których 63% stanowiły wielojądrzaste leukocyty, 17% limfocyty wielkie, 4% limfocyty małe, 11% formy przejściowe, a 2% eozynochłonne. Badanie drobnowidowe kału wykazało zawartość śluzu, nabłonków i niestrawionych komórek roślinnych.

Pożywienie składało się przez cały czas trwania doświadczeń z mleka, polewki i buljonu i odpowiadało 7·67 grm. azotu, 3·06 grm. chloru, 1·7 grm. fosforu, 0·99 grm. wapna i 0·83 grm. siarki. Obok ogólnej siarki oznaczaliśmy tu siarkę, związaną z ciałami aromatycznemi, oraz siarkę mineralną i nieutlenioną.

Podzieliliśmy doświadczenia na trzy okresy, ponieważ bezpośrednio przed podaniem soli w wydzielaniu chorej zaszła zmiana, upoważniająca nas do oddzielenia tych paru dni od innych. Chora wydzielała w tych dniach więcej azotu i mniej chloru niż zwykle, pomimo, że ani w dyecie, ani w stanie jej zdrowia zmian żadnych wykryć się nie dało.

Okres pierwszy przedstawiał się następująco: Chora wydzielała dziennie 7·07 grm. N (0·99 w kale) 2·7 grm. chloru (0·07 grm. w kale), 1·35 grm. fosforu (0·76 grm. w kale), 1·48 grm. wapna, 0·86 grm. siarki (0·45 grm. w kale), 0.2005 amoniaku.

Zatrzymywała zatem w organizmie: 0·59 grm. N, czyli 7·8% spożytego, 0·46 grm. Cl, czyli 15% spożytego, ·35 grm. P, czyli 20% spożytego; traciła zaś: 0·38 grm. Ca, czyli 35% spożytego, i 0·04 grm. siarki, czyli 5% spożytej.

Wnosimy z tego, że zatrzymywanie fosforu i chloru było najznaczniejsze, że strata wapna stanowiła i w tym razie mimo stosunkowo prawidłowego jelitowego trawienia charakterystyczną własność przemiany materyi. Wyraźniej jeszcze występuje stosunek ten przy porównaniu ilości wydzielania składników z ilością azotu. Na 100 grm. N w pożywieniu przypadało 47 Cl, 22 P, 14 Ca, 10 grm. S., natomiast w wydzielinach 38 Cl, 19 P, 21 Ca i 12 S.

W okresie drugim, trwającym bardzo krótko, traciła chora dziennie: 8·7 grm. N (1·2 w kale), 2·36 Cl (0·10 w kale), 2·27 P (1·49 w kale), 2·86 Ca, 0·77 S (0·14 grm. w kale), i 2·37 grm. amoniaku. Traciła zatem azot, fosfor i wapno, zatrzymywała zaś siarkę i chlor. Azot w ilości 1·08 grm. dziennie, czyli 15% spożytego, fosfor 0·57 grm. dziennie, czyli 35% pożywienia, wapno 1·75, czyli 1·60% pożywienia. Zatrzymywała zaś chlor w ilości 0·80 dziennie, czyli 26%, i siarkę w ilości 0·04 grm. dziennie, czyli 6%. Strata wapna i zatrzymywanie chloru wyrażają się dokładniej w stosunku do azotu. Na 100 części azotu wydzielała chora 27 grm. Cl, 26 P, 32 Ca, 9 S; (w pożywieniu 41 Cl, 22 P, 14 Ca, i 10 S).

Okres trzeci, w którym podawaliśmy fosforan wapniowy, nacechowany jest wybitnem zatrzymywaniem azotu, oraz wszystkich innych składników. Chora wydziela dziennie w liczbach przeciętnych: 6·26 grm. N (1·2 w kale), 3·15 (0·10) Cl, 2·2 (1·48) P, 2·85 Ca, 0·682 S (w kale 0·14), oraz 0·427 grm. amoniaku Zatrzymywała zatem: 1·4 grm. N, czyli 18%, 0·02 grm. Cl, czyli 1%, 1·5 grm. P czyli 40%, 2·13 grm. Ca czyli 40%, i 0·14 grm. S czyli 18%. Bilansu wapna i fosforu dokładnie ocenić nie możemy, ponieważ dodawanie do pożywienia 10 grm. dziennie fosforanu wapniowego musiało wywrzeć pewien wpływ na wydzielanie tych składników. Natomiast zachowanie się azotu i chloru występuje wyraźnie zarówno z cyfr powyższych, jak ze stosunku do azotu. W pożywieniu mieliśmy na 100 grm. N, 41 grm. Cl, 49 grm. P, 65 grm. Ca i 10 grm. S; w wydzielinach: na 100 grm N, 50 grm. Cl, 35 grm. P, 46 Ca i 11 grm. S. Zatem mimo pewnego zatrzymania chlorki i siarka uległy obfitszemu wydzielaniu.

Wydzielanie siarki aromatycznej we wszystkich trzech okresach było prawidłowe: 5·9%, 4·5%, 5·3% ogólnej siarki. Wydzielanie zaś siarki nieutlenionej wahało się w pierwszym okresie około 14% ogólnej, w drugim stanowiło 22%, a w trzecim spadło na 3·9%. Może tę raptowną zmianę zaliczyć należy do tej samej kategoryi, co omówione zmiany w wydzielaniu azotu, chloru, siarki ogólnej i amoniaku, którego ilość w ostatnim okresie podniosła się prawie w dwójnasób.

Przytoczyliśmy w streszczeniu wyniki naszych badań, starając się w liczbach przeciętnych oddać charakter zarówno choroby, jak i szczególnych jej okresów. Szczegółowe tablice znajdują się w naszej pracy, której artykuł ten ma być streszczeniem i do niej odsyłamy po bliższe wiadomości, dotyczące zarówno sposobów badania, jak wyników codziennych rozbiorów.

Przy ocenianiu wyników naszych badań należy zapytać się, czy wszystko, co spostrzedz się dało, nie wynika z zaburzeń żołądkowych i kiszkowych, czy w przemianie materyi jest coś szczególnego?

Wiemy, że brak apetytu może doprowadzić ustrój do bardzo niskiego poziomu odżywiania i stworzyć obraz fizyologiczny głodu. Wiemy dalej, że nieżyt jelit i biegunka sprowadzają obfitsze wydzielenie wapna. Jeżeli jednak w tych przypadkach nie kładziemy znalezionych wyników na karb głodu, ani zaburzeń jelitowych, to mamy do tego poniekąd prawo. Naprzód głód nie daje tego obrazu wydzielania, który stale u naszych chorych napotykamy. Przy głodzie wydziela się więcej fosforanów i więcej chloru. Stosunek między wydzielanemi a spożytemi składnikami jest mniej więcej równy, tymczasem tu mamy stosunkowo mało fosforu, a jeszcze mniej chloru i mamy stale powtarzające się straty wapna. W dwóch przypadkach, zatem w połowie nam znanych, przewód pokarmowy małym uległ zmianom. W jednym przypadku chora nie skarżyła się na żadne dolegliwości, a mimo to wydzielanie wapna było nieprawidłowe. Możemy

zatem z pewną śmiałością mówić o przemianie materyi w niedokrewności, uwzględniając wszelako możebność zagłodzenia ustroju i zwracając szczególną uwagę na objawy, wspólne z objawami zagłodzenia.

Zdaniem naszem cechuje niedokrewność pewna bezczynność ustroju, brak desasymilacyi. Z poprzednich naszych doświadczeń, ogłoszonych w Archiwie Virchowa, wynieśliśmy przekonanie, że przy pewnym stanie niedokrewności obficie dostarczany azot nie zostaje zużyty, że występuje zatrzymanie azotu, owa hypazoturya francuskich autorów. Naturalnie część takiego zatrzymania może być uważana za przyrost, ale w liczniejszych przypadkach przyrost ten staje się tem większy, im więcej ustrój słabnie, przyrost ten świadczy więc poprostu o niezdolności ustroju do utleniania, do zużywania materyałów. Dowodem tego jest lekkie zatrzymanie azotu, jakie widzimy we wszystkich niemal przypadkach naszych, zatrzymanie mimo bardzo skąpego dowozu żywności. Jeżeli podniesiemy ilość azotu w jadle, wtedy wydzielanie nie ulega zmianom i nadmiar azotu leży w ustroju odłogiem. Dowodem tego, że ustrój źle utlenia, jest zachowanie się siarki, na której niejako mierzyć możemy stopień utlenienia. Prawidłowo wydziela człowiek 14% niedotlenionej siarki, tak zwanej siarki organicznej. Nasi chorzy wydzielali jej 20% i więcej. Liczby te upoważniają nas do określenia niedokrewności, jako choroby niedotleniającej. Doświadczenia Valerio wykazały, że niedokrewni zużywają mniej tlenu. Dziwny wpływ wywierają sole wapniowe na wydzielanie azotu. W obu przypadkach spowodowały wyraźne zmniejszenie azotu, pomimo, że jednocześnie podniosły wydzielanie siarki.

Drugą cechą złośliwej niedokrewności jest nie zwykłe w chorobach krwi zachowanie się chlorków. Chlorki we wszystkich niedokrewnościach ulegają zatrzymaniu, takiemu samemu zresztą, jakiemu ulegają w tysiącznych innych schorzeniach, ale zatrzymanie chlorków w niedokrewności rakowej jest prawie zupełne, natomiast w niedokrewności złośliwej nieznaczne. Blednica, choroby żołądka pod względem zatrzymywania chlorków stoją pośrodku. Ponieważ w złośliwej niedokrewności sprawy, wywołane niedokrewnością, zwykły postępować szybciej, niż w innych chorobach, zatem i zatrzymanie chlorków powinnoby przybierać rozmiary większe, niż w innych postaciach niedokrewności. Tymczasem rzecz ma się zgoła inaczej. Chlorki wprawdzie ulegają zatrzymaniu, zatrzymanie spotykaliśmy we wszystkich przypadkach, ale ilość zarówno bezwzględnie, jak względnie, jest nie wielka i dopiero na jaw występuje, jeżeli porównamy ją z azotem, albo fosforem. Skłonni bylibyśmy przypuszczać, że w złośliwej niedokrewności zanik ustroju wywołuje powiększenie wydzielanego chloru, które to powiększenie mniej więcej równoważy zatrzymywany chlor. Wogóle przypuszczać musimy jakąś sprawę, przy której chlorki się wydzielają, bo inaczej trudno pojąć, dlaczego mniejszy stopień niedokrewności, wywołany przez raka, pociąga za sobą większe zatrzymanie chlorków, niż niedokrewności złośliwe. Dodać należy, że nasze badania krwi w złośliwej niedokrewności wykazały wyraźnie powiększenie chlorków. Krew zatem nie różni się od krwi innych postaci niedokrewności.

Zachowanie się fosforanów było bardzo niewyraźne i niestałe. Spotykaliśmy straty i wyraźne zatrzymywania. Być może, że wahanie wywołane zostało zachowaniem się fosforanów lekkich metali, odmiennem od zachowania się fosforanów ziem, których wydzielanie zwykle idzie różnemi drogami. Ponieważ oznaczaliśmy wapno i stale znajdowaliśmy nadmierne jego wydzielanie, zatem musimy przyjąć, że fosforany alkaliów bardzo skąpo się wydzielały. Takie zachowanie się fosforanów zgadza się z zatrzymywaniem azotu, tylokrotnie przez nas stwierdzonem. Zatrzymywania, albo raczej skąpego wydzielania fosforanów nie wahał się Schmidt uważać za znamienną cechę złośliwej niedokrewności. Wydzielanie soli wapniowych było we wszystkich przypadkach zwiększone bez względu na to, czy w jelitach zachodziło prawidłowe, czy nieprawidłowe trawienie, bez względu na ilość stolców i ich jakość. Uważamy to za bardzo znamienną cechę niedokrewności, tem bardziej, że zachowanie się soli wapniowych zwykle odpowiada zachowaniu się chlorków. Wapno, sód i chlorki należą do soli międzykomórkowych, natomiast potas i fosforany do soli komórkowych. Zatem rozkład komórek musi wywoływać pewien antagonizm w wydzielaniu, ponieważ wprowadza w obieg sole kwasu fosforowego, a doprowadza do wsiąkania sole sodu i wapna. Takie typowe zachowanie się spotykamy w gorączkach. Tymczasem w złośliwej niedokrewności chlorki ulegają wprawdzie nieznacznemu, ale przecież wyraźnemu zatrzymaniu, natomiast wapno wydziela się nadmiernie. Spotykanie się tych dwóch objawów uważamy za bardzo znamienną cechę złośliwej niedokrewności, pozwalającą z łatwością odróżnić ją od niedokrewności nowotworowej, albo cierpień czysto żołądkowych.

Wreszcie na uwagę zasługuje zachowanie się siarki, która wskazuje niezwykle wielki odsetek tak zwanej nieutlenionej siarki. Poza tem wydzielanie siarkanów i siarkanów związanych nie wykazało żadnych zmian charakterystycznych.

Spróbowaliśmy w niedokrewnościach stósować sole wapniowe, ponieważ wszelka strata wapna upoważnia nas do dostarczania tego materyału ustrojowi. Otóż przekonaliśmy się, że fosforan wapna wywierał wielostronny wpływ na wydzielanie. Trudno nam osądzić, jak wpływał on na wydzielanie fosforanów i soli wapniowych, ponieważ przy dziennem podawaniu 10 grm. soli wapniowych na wydzielanie tych soli wywierać musimy wpływ nieokreślony. Wyraźnie zmniejszyło się wydzielanie azotu, co można tłómaczyć tylko wstrzymaniem wydzielania rozłożonego azotu komórek, przez nasycenie soków ustroju solami wapniowemi. Nasycenie zaś wywołuje powiększenie wydzielania soli kuchennej, jako składowej części soków, a nie komórek; prawdopodobnie i wydzielanie amoniaku wzmocniło się z tych samych powodów. Niezbyt jasno tłómaczy się dokładniejsze utlenienie siarki, chybaby wogóle wprowadzenie soli zasadowych podniecało sprawy utlenienia.

Streszczając wyniki naszej pracy powiemy, że znamienną cechą złośliwej niedokrewności jest obok obfitego wydzielania ciał alloksurowych, skąpego — fosforanów i niedotleniania siarki (Schmidt), bardzo nieznaczne zatrzymywanie chloru i nadmierne wydzielanie wapna. Dalej podnieść mo emy wpływ fosforanu wapniowego na ożywienie utleniania, na wzmocnienie wydzielania chlorków, a zmniejszenie wydzielania azotu.

III. O sztucznem mechanicznem i organicznem zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej

podał

Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie).

Na III-cim zjeździe otyatrów austryackich w r. 1898 Dr. Biehl omówił tę sprawę ze stanowiska wojskowo-lekarskiego. Skoro stałe przedziurawienie błony bębenkowej stanowi wadę, wykluczającą zdolność do służby czynnej, to ważność nowego skutecznego sposobu leczenia tej wady nabiera dla lekarza wojskowego szczególnego znaczenia. Doświadczenia Biehla również przemawiają na korzyść tego zabiegu. Wyniki swoje uważa Biehl za zadawalniające; jednakże — zdaniem Biehla — złudzeniem jest zapatrywanie Alta, że pewny skutek da się zawsze i w każdym przypadku osiągnąć. Biehlowi udało się sprowadzić zapomocą 10—50% roztworu kwasu trójchlorooctowego zamknięcie ubytku w przypadku, w którym brakowało prawie całej błony bębenkowej. W przypadkach, w których luka leży w tkance bliznowatej, albo gdzie brzegi jej już zwapniały, widoki wyleczenia są małe. Za to położenie przyścienne ubytków nie stanowi żadnej przeszkody dla ich zarośnięcia się. Szczególnych bólów przy tem postępowaniu Biehl nie uważał. Ostrzega jednak przed nieostrożnem wykonaniem tego zabiegu, który nieoględnie przeprowadzony może pociągnąć za sobą długoletnie ropienie — w przeciwieństwie do Gomperza, który uważa przyżeganie kwasem trójchlorooctowym za zupełnie nieszkodliwy środek. — Biehl osiągnął zupełne zamknięcie ubytku siedem razy (z tych dwa razy przedziurawienie przyścienne), pięć razy wynik był ujemny, raz wystąpiło po przyżeganiu w uchu, dawniej suchem, uporczywe ropienie.

W dyskusyi Singer wyraża się entuzyastycznie o przyżeganiu kwasem trójchlorooctowym, które uważa za wyśmienity środek i za cenne wzbogacenie skarbu leczniczego w otyatryi. Starając się unikać używania kokainy, a przecież uczynić zabieg niebolesnym, próbował Singer najsłabszych rozczynów kwasu trójchlorooctowego i doszedł do 60—70%, doznawszy zawodu ze strony rozczynu 50%. Wogóle przyżegał co 4—8 dni. Dopóki otwór się zmniejszał, nie przyżegał na nowo; w ten sposób powiodło mu się osiągnąć cel raz po trzech posiedzeniach, a innym razem po jednem przyżeganiu. Czasem, choć otwór bardzo znacznie się zmniejszy, zarastanie ustaje, nie postępując dalej. Singer upatruje przyczyny tego w tem, że środek żrący nie może się dostać przez tak mały otwór do wewnętrznego brzegu błony śluzowej, która również powinna otrzymać podnietę do odradzania się. W takich razach każe Singer choremu wykonać silny zabieg Valsalvy, podczas którego wprowadza do otworu w błonie bębenkowej zgłębnik włoskowaty, zwilżony kwasem trójchlorooctowym. W żadnym przypadku nie widział Singer pogorszenia słuchu, natomiast spostrzegał bardzo często poprawę. I on również podnosi odmienną postać blizny, powstającej po takiem przyżeganiu, a odróżniającej się od zwykłej blizny na tem miejscu brakiem zagłębienia, ostrego odgraniczenia od reszty błony, ciemnego zabarwienia, ruchów (flotowania) przy używaniu lejka Sieglego, i nie odróżniającej się od reszty błony bębenkowej grubością i zbitością, a zatem przychyla się do zdania Gomperza, że blizna po przyżeganiu zawiera także składniki tkanki właściwej błony bębenkowej.

Gomperz nadmienia, że z 29 przypadków osiągnął 16 razy zupełne zarośnięcie, 8 razy znaczne zmniejszenie luki. Wiele z przedziurawień, wyleczonych w ten sposób, sięgało aż do obrączki bębenkowej *(Annulus tympanicus)*.

Alt tłómaczy lepsze swoje wyniki tem, że podczas tego leczenia wytwarza się wskutek zapalnego oddziaływania zasychająca, do brzegów ubytku przylegająca wydzielina, której Gomperz oddalać nie radzi, a która jest przyczyną bezskuteczności dalszego leczenia. Aby w takim przypadku osiągnąć lepsze wyniki, należy taki strupek usunąć przez przestrzyknięcie, co można uczynić bez żadnej szkody dla chorego, poczem przyżeganie znowu działa i leczenie postępuje dalej.

Szenes [26]) podaje przypadek, w którym osiągnął wprawdzie zapomocą tego sposobu bliznę, przylegającą do ściany błędnika, ale za to chory od tego czasu narzeka na szum w uchu, którego dawniej nie doznawał, a słuch wcale się nie poprawił. Ten ujemny wynik ma może, jak mi się zdaje, przyczynę swoją w tem, że Szenes zaczął w swoim przypadku przyżegać, zanim jeszcze sprawa zapalna wydzielnicza w uchu środkowem całkiem była wyleczona.

S. Peltesohn [27]) donosi także o bardzo dobrych wynikach przyżegania kwasem trójchlorooctowym. I on również nie używa zakraplań 10—15% rozczynu kokainy z obawy przed zatruciem.

W ostatnim czasie doniósł Lewy (Ueber die Heilung chronischer Mittelohreiterung und den Verschluss alter Trommelfellperforationen durch Behandlung mit Trichloressigsäure. *Therapeutische Monatshefte* Z. 5, 1899) o 20 przypadkach, w ten sposób leczonych. Jako przykład świetnego działania tego środka niech służy przypadek z przewlekłem obustronnem zapaleniem ropnem ucha środkowego. L. przystąpił zaraz do przyżegania kwasem trójchlorooctowym po obu stronach. Prawe mniejsze przedziurawienie już po dwóch przyżeganiach było zamknięte blizną, przechodzącą bez różnicy w poziomie (Niveaudifferenz) w resztę błony bębenkowej. Większe przedziurawienie lewe po trzech przyżeganiach o połowę się zmniejszyło, wydzielina zaś całkiem ustała. Słuch po obu stronach lepszy. Do przyżegania używał Lewy rozczynów 50—80%; dla uniknięcia bólów poleca poprzednio wkraplać 10% kokainę.

Oparty na tych podaniach i zachęcony tak świetnymi wynikami przystąpiłem także w praktyce prywatnej do zastosowania tego leczenia w odpowiednich przypadkach. Nie chcąc nudzić czytelników przytaczaniem historyi chorób, wspominam tylko, że liczba moich spostrzeżeń jest wprawdzie stosunkowo mała, jednak pozwala na wyrobienie sobie pewnego sądu. Chorzy bowiem z suchą perforacyą, którym ropienie nie dokucza, — a tylko u takich wolno się kusić o zamknięcie ubytku w błonie bębenkowej — posiadając słuch znośny nie zawsze skłonni są poddać się długotrwałemu leczeniu, i to tem mniej, że jak dotychczas, nie zawsze można *a priori* zapewnić chorego o dodatnim wyniku leczenia. Tym trudnościom, nieodłącznym od praktyki prywatnej, przypisać należy, że rozporządzam dotychczas małą tylko liczbą przypadków. Do tego przyczynia się i ta okoliczność, że część chorych uchyla się z różnych, po części już wyżej wyłuszczonych powodów od leczenia przed jego ukończeniem. Ważność jednakże tego sposobu leczenia, niewątpliwa jego pożyteczność i istotnie nieporównana jego dzielność w zwalczaniu takiego bądźcobądź ważnego kalectwa, jakiem jest stałe przedziurawienie błony bębenkowej, jak również i ta okoliczność, że sprawa ta, o ile mi wiadomo, w naszem piśmiennictwie dotychczas wcale nie była poruszoną, ośmieliły mnie do zestawienia doświadczeń innych autorów z dodaniem własnego skromnego dorobku do użytku kolegów.

Jeden z moich przypadków tyczy się 13-letniej dziewczynki z wyraźnie limfatyczną więzią (konstytucyą) ciała, która zgłosiła się do mnie dnia 1 października 1898 z przewlekłem ropieniem usznem. Przebieg leczenia jest tu szczególnie uwagi godny. Przedewszystkiem otwór w błonie bębenkowej był bardzo duży i zajmował prawie całą błonę bębenkową, z której tylko górny rąbek z krótkim wyrostkiem młotka był utrzymany. Dnia 18-go października ucho było suche, błona śluzowa jamy bębenkowej blado-żółta. Przypaliłem poraz pierwszy brzegi otworu 10% rozczynem kwasu trójchlorooctowego i powtarzałem to samo co 4—5 dni. Dnia 10 listopada luka w błonie bębenkowej dostrzegalnie choć nieznacznie mniejsza; przeszedłem do 20% rozczynu kwasu

trójchlorooctowego, poczem zarastanie ubytku stawało się coraz wyraźniejszem. Dnia 5-go grudnia, po świeżym nieżycie nosa i gardła, ropienie z ucha powróciło; przez czas trwania ropienia przerwałem dalsze przyżeganie. Kilka dni później mimo świeżo przebytego ropienia i przerwy w leczeniu ubytek w błonie bębenkowej znacznie mniejszy, błona śluzowa jamy bębenkowej czerwona, a przy dalszem używaniu tego sposobu postępowania dnia 18 grudnia, a więc w dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia, przedziurawienie zupełnie się zarosło.

Na tym przypadku można się przekonać, że nowo wytworzona błona w miejscu ubytku mało się różni od prawidłowej błony bębenkowej. Podobnie przebiegały inne przypadki, od których różni się przedstawiony przedewszystkiem wielkością otworu w błonie bębenkowej, przez co skutek leczenia bardziej uderza w oczy, zwłaszcza że był osiągnięty zapomocą bardzo słabego rozczynu, którego się zwykle nie używa. Inne przypadki dotycza po największej części takich chorych, którzy już dawniej krócej lub dłużej leczyli się u mnie z powodu przewlekłego ropienia usznego. Dawniej, ilekroć ropienie ustawało, chory mając się za zdrowego przestawał się zgłaszać mimo pozostałej stałej suchej perforacyi i zgłaszał się dopiero przy nawrocie ropienia. Odkąd zaś chorych takich po ustaniu wydzieliny z ucha zatrzymuję w leczeniu aż do zarośnięcia otworu, nie widziałem jeszcze nawrotu zapalenia tam, gdzie mi się powiodło cel ten osiągnąć. Czas spostrzegania jednak jeszcze za krótki i liczba przypadków za szczupła, zastrzegam zatem sobie stanowczy sąd co do tego szczegółu na później. Z góry można jednak przypuścić z największem prawdopodobieństwem, że chorzy tacy, t. j. z błoną bębenkową całą, nieprzerwaną, trudniej podlegają nawrotom zapaleń usznych, albowiem mniej są narażeni na szkodliwości zewnętrzne i przynajmniej miejscowe usposobienie do tej choroby jest mniejsze u nich, niż u chorych z stałym otworem w błonie bębenkowej.

We wszystkich przypadkach leczenie zaczynałem od najsłabszego rozczynu 10% i postępowałem w miarę potrzeby do 20%, 35%, 50%, aż do 60%. Używając słabszych rozczynów przyżegałem częściej, co 4—5 dni, silniejszym rozczynem rzadziej, co 8—9 dni. Przekonany, że nieraz i słabszym rozczynem można dojść do celu, jestem za tem, żeby wszędzie tam, gdzie nie zależy na pośpiechu, zaczynać leczenie od 10% rozczynu; tylko tam, gdzie mamy powód leczenie przyspieszyć, albo gdzie słabszym rozczynem nie osiąga się celu, należy przejść odrazu albo stopniowo do coraz silniejszych rozczynów. Na jeden ważny szczegół należy zawsze zwracać uwagę, a mianowicie nie przystępować do tego sposobu leczenia, dopóki ropienie, a nawet nieznaczne tylko wydzielanie, albo sączenie z błony śluzowej jamy bębenkowej jeszcze jest w toku.

Z początku używając kokainy nie uważałem, żeby ten środek miał szczególny wpływ na zmniejszenie bólów, które i bez tego nigdy nie były zbyt silne, ani długo nie trwały. Dlatego też później ani kokainy, ani innego środka kojącego nie stósowałem. Zdaje mi się, że gdzie tylko można, lepiej obchodzić się bez takich środków, gdyż wprowadzania płynów do suchej jamy bębenkowej nie można uważać za obojętne; zabieg taki przyczynić się może właśnie do nawrotu sprawy ropienia i do wywołania, szczególnie u osób wrażliwych i do tego usposobionych, objawów zatrucia.

Nieprzyjemnych ubocznych skutków nie widziałem; wszyscy chorzy zabieg dobrze znosili, a prócz u małych i lękliwych dzieci nie natrafiłem nigdy na opór ze strony chorego.

Na jeszcze jeden szczegół muszę z naciskiem zwrócić uwagę. Kliniczne doświadczenie poucza, że nieraz po dobrowolnem zamknięciu się przedziurawienia w błonie bębenkowej następowało pogorszenie słuchu, a nawet pojawiały się szmery podmiotowe, których dawniej nie było, tak, że powstawało wskazanie sztucznego utrzymania stałego otworu w błonie bębenkowej. To zjawisko należy tłómaczyć tem, że przy obecności w kostkach słuchowych jakiejś przeszkody w przewodzeniu głosowem, fale głosowe mogą przy otwartej błonie bębenkowej dostać się wprost do strzemiączka, przy całej zaś błonie bębenkowej miejsca to mieć nie może i przewodzenie głosu przerywa się. Należy zatem koniecznie przed przystąpieniem do stałego zamknięcia luki w błonie bębenkowej przekonać się przez chwilowe zatkanie, czy ono nie sprowadza pogorszenia słuchu. Inaczej bowiem można narazić się na niemałe rozczarowanie: po ukończeniu leczenia ubytek w błonie bębenkowej wprawdzie się zamknął, słuch jednak okazuje się gorszym, co mi się wprawdzie dotychczas jeszcze nie zdarzyło, niemożebnem jednak nie jest.

Poprawę słuchu zauważa się szczególnie tam, gdzie przynajmniej część kostek słuchowych jest utrzymana, tam zaś, gdzie wszystkich kostek brak, poprawy słuchu zwykle wprawdzie niema, ale korzyść z zamknięcia luki przecież może być znaczną z innych, po części już wyżej wymienionych powodów i według Gomperza chorzy tacy po zarośnięciu otworu znoszą także lepiej sztuczną protezę (bębenki), zapomocą której zdolność słuchowa daje się czasem poprawić.

Należy się wystrzegać zbyt częstego przyżegania, przez co możnaby nowoutworzoną tkankę zniszczyć, lecz poleca się czekać od jednego posiedzenia do drugiego, aż strupek, po poprzedniej kauteryzacyi powstały, dobrowolnie się oddzieli.

Zdaje mi się, że na podstawie dotychczasowego doświadczenia można już wydać stanowczy sąd o wartości przyżegania kwasem trójchlorooctowym i uważać środek ten za niedościgniony w skutkach lek, który szczególnie z uwagi na nadzwyczaj prosty sposób zastósowania i swoją nieszkodliwość bezwątpienia wkrótce ogólnie się rozpowszechni i zatrzyma na długo poczestne stanowisko w skarbnicy leczniczej otryatycznej.

Czy sprawdzi się przypuszczenie Gomperza, że i inne leki żrące, jak n. p. *liqu. ferr. sesquichlorat.* mogą mieć te te same własności i do tego samego celu być używane, o tem poucza dopiero dalsze doświadczenia. Ciekawem jest nadzwyczaj, że ten sam środek, kwas trójchlorooctowy w 10% rozczynie, zalecał Politzer [28]) dla otrzymania stałego otworu w błonie bębenkowej w przypadkach, w których z powodów wyżej wyłuszczonych taki otwór stały jest pożądany, a wskutek silnej odrodczej czynności błony bębenkowej nie daje się osiągnąć innymi sposobami.

Co do stosunku tego nowego sposobu wygajania przedziurawień w błonie bębenkowej do protez, omówionych w pierwszej części tej rozprawy, to zdoła on wprawdzie niewątpliwie zakres zastósowania sztucznych bębenków znacznie ścieśnić, atoli nie zdoła całkiem ich wyrugować. W pewnych przypadkach, w których o zamknięcie jamy bębenkowej lub zabliźnienie ubytku w błonie bębenkowej zapomocą nowego sposobu wcale kusić się nie można, albo gdzie usiłowania, zmierzające do tego, zawiodły nadzieję i nie powiodły się, dalej w przypadkach udałego zabliźnienia perforacyi, a nawet w takich, w których ciągłość błony bębenkowej nigdy nie była przerwaną, zawsze można będzie jeszcze nieraz osiągnąć poprawę słuchu zapomocą jakiejś protezy, jak o tem często przekonać się można, tak, że sztuczne bębenki straciwszy wprawdzie dawne swe znaczenie, zatrzymują jeszcze na razie racyę bytu na czas nieoznaczony.

Piśmiennictwo.

1) Richey. Transactions of the American Otological Society. Twenty first annual meeting. New Bedford, Mass. 1888. — 2) Weinland. Archiv f. Ohrenkrankheiten B. 37. — 3) Wilde. Practische Beobachtungen über Ohrenk. Tłómaczone z angielskiego. Göttingen. 1855. — 4) Autenrieth. Tübinger Blätter f. Naturw. u. Arzeneik. I. Tübingen. 1815. — 5) Yearsley. Verhandlungen des internationalen med. Congresses zu Philadelphia. 1876. — 6) Erhard. Schwerhörigkeit, heilbar durch Druck. 1856. — 7) Toynbee. Diseases of the ear. 1860. 8) Gruber. Pester. med. chirurg. Presse. 1877. — 9) Blake. Internation. Congress. New-York. 1876. Archiv f. Ohren. T. XII. Str. 313. — 10) Baumgarten. Monatsschrift f. Ohrh. 1880. — 11) Spalding. Zeitsschrift f. Ohrenh. T. XXIII. Z. 3 i 4. — 12) Transactions of the american otological Society. Archiv f. ohrh. T. 34. Str. 78. — 13) Er-

hard. l. c. 6. — 14) Lucae. Virchow's Archiw B. XXIX. S. 551. — 15) Maas. Archiv f. Augen. u. Ohr. 1. S. 212. — 16) Berthold. Z. f. O. XIX. — 17) Politzer. Bericht über die Versammlung süddeutscher u. schweizerischer Ohrenärzte zu Freiburg 1889, i trzeci zjazd otologów austryackich 1898. — 18) Schwartze. Chirurgische Krankheiten des Ohres. — 19) Berthold. Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Cassel 1878. — 20) Lang. Ueber die Organisationsfähigkeit der Schalenhaut des Hühnereies u. ihre Verwendung bei Transplantation. München 1889. — 21) Gomperz. Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section auf der 66 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Wien 1894. Arch. f. Ohrenh. T. 38, S. 329. u. Bibliothek der ges. med. Wissensft. Lieferung 173/4. S. 661. — 22) Okuneff. Ueber die Anwendung des Acid. trichloracet. bei chron. eiteriger Entzündung des Mittelohres Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1895. — 23) Gomperz. Wien. klin. Wochenschrift, 38. 1896, Przegląd lek. Sprawozdanie z 1 zjazdu otologicznego austryackiego 1896. — 24) Gomperz. Monatschrift für Ohrenh. 1882, Nr. 4. — 25) Barnick. Archiv f. Ohrenh. 42, Z. 3 i 4. — 26) Szenes. Sitzungsbericht der Gesellschaft der ungarischen Ohren u. Kehlkopf-Aerzte, 1898 Nr. 2. — 27) Peltesohn Berliner klin. Wochenschrift 1899, Nr. 16. — 28) Politzer. 3 Zjazd otyatrów austryackich w Wiedniu r. 1898.

Omyłka druku: W Nr. 30 str. 411, szpalta lewa, wiersz 1 od góry zamiast: »utrzymującego« ma być: »utrzymujące«.

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose von Dr. K. Turban, dirig. Arzt des Sanatorium in Davos-Platz. Wiesbaden, 1899.

Pod powyższym skromnym tytułem kryje się obszerne dzieło kliniczne, dotyczace dyagnostyki i terapii szczegółowej gruźlicy płuc. Zasługuje ono przez to na szczególną uwagę, że po raz pierwszy przedstawia kliniczne spostrzeganie przebiegu suchot płucnych pod wpływem dwóch czynników leczniczych, leczenia zakładowego i klimatu wysoko-górskiego. Od czasu zaś Brehmera „Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. 1887“ jest to drugie dzieło terapeutyczne, opracowane szczegółowo na podstawie spostrzegania klinicznego. Praca osnuta jest na podstawie 408 przypadków, spostrzeganych w ciągu 7 lat w Sanatoryum, kierowanem przez autora w Davos-Platz na wysokości 1673 metrów nad p. morza. Rozpada się na część dyagnostyczną i terapeutyezną; z pierwszej części przytoczę tylko zapatrywania autora na zagadnienia sporne i na nowe szczegóły, przez niego spostrzegane, które dla każdego internisty mogą mieć wielkie znaczenie. O części terapeutycznej wspomnę tem więcej, że ona, znana nam z leczenia szpitalnego, przedstawia wyniki smutne, podczas gdy autor na podstawie leczenia zakładowego w klimacie wysokogórskim wykazuje rokowanie dość pomyślne.

Autor rozróżnia gruźlicę płuc wolną *(offene)*, to jest z plwocinami, zawierającemi laseczniki gruźlicze i zamkniętą *(geschlossene)*, bez wykrztuszania plwocin. To rozróżnianie ma znaczenie ze względu na zabiegi zapobiegawcze; chorzy bowiem z „zamkniętą“ gruźlicą nie przedstawiają niebezpieczeństwa zakażenia otoczenia.

Co do etyologii, to autor hołduje zdaniu, że laseczník gruźliczy może bardzo długo przebywać w ustroju np. w gruczołach oskrzelowych i stamtąd dopiero wobec pewnego usposabiającego czynnika wywołać otwartą gruźlicę płuc (str. 7). Pobudliwość serca i nerwów naczynioruchowych, objawiająca się szybkiem tętnem do 100 uderzeń, łatwem zaczerwienieniem twarzy, skłonnością do potów, uważa autor nie za czynnik usposabiający do gruźlicy, lecz za objaw już istniejącego zakażenia gruźliczego. Obwód klatki piersiowej, mniejszy, niż połowa wysokości ciała, usposabia do gruźlicy. Większe usposobienie do gruźlicy u osób pochodzących z dzietnych rodzin, a mianowicie od 5-go dziecka począwszy, jak to twierdził Brehmer, zauważył i autor u swych chorych, gdyż na 408 gruźliczych było 105 (25·7%) suchotników z tem obciążeniem brehmerowskiem. Wpływa to także i na wyniki leczenia, gdyż z tego rodzaju obciążonych chorych odniosło trwały wynik leczniczy 37·1% (ogólny wynik wynosił 54·1%). Osoby mało jadające okazują usposobienie do suchot: na 408 suchotników było 30% mało jedzących, u których rokowanie okazało się gorsze, przedstawiając 36·0% trwałych wyników leczniczych (ogólny odsetek trwałych wyników 54·1%). *Habitus phthisicus* usposabia do gruźlicy płuc (na 408 suchotników 36·3% z tą wadą) i pogarsza rokowanie, przedstawiając 32·4% wyzdrowień (ogólny odsetek wyzdrowień 54·1%). Obecność gruźlicy w rodzinie usposabia bardzo do gruźlicy. Na 408 suchotników było 66·6% obciążonych dziedzicznie, lecz nie wpływa to na rokowanie. 22% chorych przed zapadnięciem na gruźlicę było skłonnych do nieżytów narządów oddechowych. 20% chorych było nadmiernie obarczonych pracą umysłową (przeważnie egzaminami). 203 na 408 chorych podawało jako początek choroby sprawy nieżytowe nosa, krtani, pokaszliwania. Co się tyczy zakażenia gruźliczego w samym zakładzie, w którym, o ile to się da, zaprowadzono urządzenie aseptyczne, to między towarzyszącemi osobami, jakoteż służbą zakładową nie zauważano przeniesienia choroby, z wyjątkiem jednej posługaczki, której obowiązkiem było wymywać spluwaczki chorych.

Rozpoznawanie objawów: Ciepłotę mierzono co 2 godziny, prawie zawsze w jamie ustnej, który to sposób autor uważa za najstosowniejszy i dogodniejszy, niż mierzenie pod pacha, co sprawozdawca z doświadczenia tylko potwierdzić może Ciepłota, mierzona w jamie ustnej, nie powinna przekraczać w stanie prawidłowym 37·2° C. Autor podaje kilka tablic rozmaitych torów goraczkowych, z których pouczająca jest tablica podwyższania się ciepłoty (z 37·5° na 38·5°) przed miesiączką *(febris praemenstrualis)* u kobiet gruźliczych. Co się tyczy badania fizykalnego płuc, to autor szczegółowo omawia pierwsze oznaki gruźlicy tych narządów, a to bardzo słusznie, gdyż tylko od wczesnego rozpoznania suchot płucnych zależy dobry wynik leczniczy. Między innemi zwraca autor uwagę, aby uwzględnić tę okoliczność, czy pora jest wilgotna, czy sucha, albowiem objawy przysłuchowe u suchotników w porze suchej przedstawiają się korzystniej, niż w wilgotnej. Stąd można dany przypadek ocenić korzystniej, niż jest w rzeczywistości. Z doświadczenia przytacza autor, że zdarzają się czasem lekkomyślni chorzy, którzy przed badaniem lekarskiem popełniają wybryki *in baccho*, aby nazajutrz badanie płuc przedstawiało się korzystniej, co według autora ma rzeczywiście następować wskutek zwiększonej perspiracyi przez płuca. W celu należytego ocenienia zmniejszenia ruchomości i pozostawania chorego szczytu poleca autor, aby chory usiadł, zwrócony grzbietem do okna, a lekarz stojąc z boku za plecyma chorego ma obserwować z góry przednią część klatki piersiowej i łatwo dostrzedz pozostawanie chorego szczytu przy oddechaniu; im świeższe jest schorzenie płuc, tem wyraźniejsze pozostawanie oddechowe. Spirometryi nie przypisuje autor wielkiego znaczenia. W przypadkach jednak, w których nagle pojemność płuc zmniejszy się o 150—200 c³, należy przypuszczać wytworzenie się nowego ogniska gruźliczego. Co do wypuku, to autor zwraca uwagę, że lepiej się ujawnia odgłos płucny przy opukiwaniu lekkiem, aniżeli przy nasilonem i radzi jedno i to samo miejsce opukiwać w trojaki sposób: raz lekko, drugi raz silnie, a trzeci raz sposobem palpacyjnym *(Tastpercussion)* Ebsteina. Na ten ostatni sposób opukiwania, polegający na palpacyjnem uderzeniu plesymetru palcem środkowym, sztywnie trzymanym, zwraca autor uwagę, jako na sposób, najłatwiej ujawniający ognisko nacieczone w płucu, co sprawozdawca ze swego doświadczenia może tylko potwierdzić; natomiast trudno się zgodzić z autorem, że opukiwanie przy pomocy plesymetru jest dokładniejsze, niż przy podłożeniu palca. Autor rozbiera krytycznie granice wypukowe szczytów płucnych, a wykazując sprzeczność między autorami w tym kierunku, uważa te granice, jako dotąd jeszcze nie ustalone. Zdarzają się według autora przypadki początkowego zajęcia płuc, w których wypuk po obydwu stronach szczytów jest zmieniony, lecz w odmienny sposób; wtedy może zajść wątpliwość, który szczyt jest właściwie zajęty, tak, że jeden lekarz wskazuje zajęcie

lewego, drugi zaś prawego szczytu. Dłuższe spostrzeganie tego rodzaju przypadków pouczyło autora, że obydwa szczyty są równocześnie zajęte. U chorych z zajęciem szczytu prawego zauważył autor istnienie przesunięcia bezwzględnego stłumienia serca o kilka centymetrów na prawo.

Przy osłuchiwaniu płuc uważa autor za najważniejsze wykazanie chropawego albo nieczystego wdechu pęcherzykowego *(rauhes Athmen)*, którego nie należy pomięszać z wdechem zaostrzonym. Ostatni objaw przysłuchowy pojawia się dopiero w późniejszym okresie schorzenia płuc. Chropawy wdech porównywa autor z drganiem młotka Neeffa w przyrządzie indukcyjnym i uważa go jako najwcześniej występującą oznakę zajęcia szczytu płucnego. Dettweiler przypisuje przyczynę pojawienia się wdechu chropawego zgrubieniu w ścianach oskrzeli. Im wcześniej rozpozna się u chorego ten objaw, tem więcej widoków przedstawia wyleczenie chorego (p. niżej). Zdarza się bowiem nie rzadko, że suchotnik pada ofiarą spóźnionego rozpoznania choroby. Ciekawą uwagę robi autor co do Słowian, zaznaczając, że u nich szmery oddechowe w całych płucach bywają osłabione już w stanie prawidłowym. W celu wysłuchiwania rzężeń poleca autor osłuchiwać najprzód podczas równego oddechania, a potem podczas wdechania po krótkich urywanych zakaszlnięciach, po których mogą się pojawić jeszcze skrzypnięcia *(Knacken, Piepen)* podobne do „skomlenia szczeniat“, czego nie słyszy się podczas zwyczajnego oddechania. Szmery nad *subclavia* uważa autor jako właściwe gruźliczemu zajęciu płuc. Dla usunięcia szmerów ubocznych, tak zw. mięśniowych *(Schulterreiben)*, pojawiających się podczas osłuchiwania szczytów, radzi autor zrobić wprzód kilka obrotów (rotacyi) ramieniem. W wątpliwych przypadkach przysłuchowych radzi autor podawać chorym według polecenia Stickera po 0·2 jodku potasowego *(kali jodatum)* przez kilka dni i w tym czasie osłuchiwać płuca; wtenczas mogą zajęte miejsca uwidocznić się wyraźniej przysłuchem, a nawet mogą pojawić się plwociny zawierające laseczniki gruźlicze, których przedtem nie można było wykazać. (Dok. nast.).

Prof. W. Jaworski.

V. Wyciągi.

Egger M. **Wrażliwość kostna.** *(Journ. de physiol. et de pathol. géner.* Mai 1899). Autor spostrzegł, że nóżka kamertonu, drgającego 128 razy, oparta na kości kończyn, wywołuje pewien rodzaj drżenia w kości, które doskonale odczuwają dzieci i osobniki młode; w słabszej mierze zachowuje się odczuwanie tych drgań do późnej starości. Szereg doświadczeń, przeprowadzonych w odpowiednio dobranych przypadkach chorobowych, doprowadził E. do wyników bardzo ciekawych, mianowicie do wyodrębnienia wrażliwości kostnej, jako czucia samoistnego, niezależnego od wrażliwości skórnej i zmysłu mięśniowego *(sens musculaire)*.

Przy porażeniach całkowitych ruchu i czucia stwierdził autor również zniesienie wrażliwości kostnej, natomiast w porażeniach typu Brown-Sequarda wrażliwość kostna była zniesiona po stronie porażenia ruchowego, a zaś prawidłowa po stronie porażenia czuciowego.

A priori zdawaćby się mogło, że drgania kamertonu mogą przenosić się w osi kości długich na pewną odległość; — jednak tak wcale nie jest, jak to autor sprawdził w jednym przypadku nieczułości skóry, usadowionej w okolicy dolnej części kości goleniowej: nóżka kamertonu oparta na kostce zewnętrznej nie wywoływała żadnego czucia drżenia w kości.

W wiądzie rdzenia zmniejsza się wrażliwość kostna w miarę wzrostu bezładu ruchów zwykle postępowo, zaczynając od kończyn dolnych. Zniesienie zupełne wrażliwości kostnej zawsze towarzyszy utracie poczucia położenia kończyn w przestrzeni; — odwrotny stosunek natomiast nie zdarza się: autor stwierdził zupełnie prawidłową wrażliwość kostną u jednego chorego na wiąd rdzenia, który stracił poczucie położenia w przestrzeni.

Przypadki przeczulicy kostnej, to jest spotęgowanej wrażliwości z czuciem boleśnem, piekącem, w głębi kości za dotknięciem drgającego kamertonu, spostrzegał E. we wczesnych okresach wiądu rdzenia, w syringomyelii, w porażeniach połowiczych i w zapaleniu nerwów na tle zatrucia wyskokiem. *Beaurain.*

Prof. Ipsen: **Nowy sposób chemiczny wykrycia we krwi tlenku węgla** *(Viertelj. für gerichtliche Medicin* 1899). Próba autora polega na odtleniających własnościach cukru gronowego, a więc na odmiennem zabarwieniu, jakie pod wpływem tego cukru przyjmuje krew tlenkowęglowa i krew prawidłowa, po ich poprzedniem zobojętnieniu. Przy wykonaniu swej próby z krwią tlenkowęglową poleca autor równocześnie wykonywać próby porównawcze z krwią nie zawierającą tlenku węgla, a to dla uniknięcia możliwych pomyłek. Postępowanie I. jest następujące: Z krwi, podejrzanej o zawartość CO, bierze się 5—10 ctm. do rurki odczynnikowej, takąż samą zaś ilość krwi prawidłowej umieszcza w rurce drugiej, przyczem uważać należy, by średnica rurek była jednakowa. Następnie zobojętnia się oba płyny i dodaje do obu małą ilość sproszkowanego czystego cukru gronowego (mniejwięcej na koniec noża). Otwory rurek zatyka się watą zwykłą, nie odtłuszczoną i zamyka parafiną, a to celem odcięcia przystępu powietrza. Skoro parafina stężeje, wstrząsa się dokładnie płyn, w rurkach zawarty, i pozostawia je czas jakiś w chłodnem miejscu. Odczyn zupełnie wyraźny zauważyć się daje według autora po 4 lub 5 godzinach, przyczem krew tlenkowęglowa zachowuje zabarwienie jasno-czerwone, krew zwykła przyjmuje zabarwienie prawie czarne. W przebiegu pierwszego dnia występuje różnica ta jeszcze wybitniej, zachowując się według autora przez przeciąg kilku tygodni, a nawet miesięcy. Autor stwierdza, że różnica w zabarwieniu nawet przy zmięszaniu krwi tlenkowęglowej z krwią zwykłą w stosunku od 16—12% jest jeszcze bardzo wyraźna, a spostrzegać daje się najwyraźniej w pianie, która powstaje przy wstrząsaniu płynów. Mniejsze ilości tlenku węgla dadzą się wykryć po różnicy zabarwienia w cienkich warstwach badanej krwi, w którym to celu należy rurki odczynnikowe ostrożnie ułożyć poziomo, porównując następnie zabarwienie krwi, po ścianach rurki spływającej. Krew tlenkowęglowa posiada wówczas odcień żywo czerwony, krew prawidłowa jest wyraźnie fioletowa.

Autor przechowuje w zakładzie krew poddaną swej próbie od pół roku, a różnica w zabarwieniu nic się nie zmieniła. Kilkakrotnie udało się autorowi przyspieszyć powstanie odczynu przez ogrzanie krwi w rurkach nie zamkniętych, nie poleca jednak tego sposobu, gdyż przytem mogłoby ubyć tlenku węgla we krwi badanej.

Zabarwienie czarne, względnie fioletowe krwi prawidłowej po dodaniu cukru gronowego polega na redukcyi OHb na t. zw. hemoglobinę redukowaną, podczas kiedy COHb działaniu środków odtleniających nie ulega, zachowując barwę czerwoną. *Horoszkiewicz.*

Weigner. **Ganglion oticum.** *(Rozpravy česke Akademie R. 7. Tr. 2. Č. 23)*. Twierdzenia autorów klasycznych, długi czas uważane za dogmaty, zachwiały się w ostatnich czasach pod wpływem rozwoju embryologii i anatomii porównawczej, a wznawiane badania coraz częściej wykazują błędność zapatrywania, jakoby anatomia opisowa była nauką już prawie zamkniętą. W. badał stosunki anatomiczne *ganglion oticum* na 18 zwłokach dzieci, 24 zwłokach dorosłych osób i dla porównania na dwóch okazach „maccacus rhesus“ i doszedł do następujących wniosków: 1) *Ganglion oticum*, należące głównie do układu nerwów współczulnych, nie zawsze jest wykształcone, lecz często zamiast niego znajduje się kilka splotów nerwowych, zawierających rozrzucone komórki zwojowe. 2) Oprócz *ganglion oticum* znachodzą się niekiedy inne zwoje, pozostające w związku z 3 gałęzią nerwu trójdzielnego. 3) Obwodowe rozgałęzienia trzeciej gałęzi nerwu

trójdzielnego, zarówno części czuciowej, jak ruchowej, przedstawiają tyle odmian, że ani innerwacyi dotyczących pól czuciowych, ani też innerwacyi przynależnych mięśni nie można uważać za regularną i u wszystkich osobników stale jednakową. 4) U jednego i tego samego osobnika wreszcie może się znacznie różnić *ganglion oticum* i jego stosunki anatomiczne po jednej i po drugiej stronie ciała. *Z.*

Ross. **O możliwości wytępienia zimnicy w niektórych miejscowościach.** *(Brit. med. Journ. 1. VII. Münch. med. Wochensch.* 1899, Nr. 29). Znany i zasłużony badacz na polu zimnicy jest silnie przekonany, że jedyną drogą szerzenia się tej choroby są ukąszenia komarów i moskitów. Z nich najpospolitszym, ale nie niebezpiecznym, jest rodzaj *culex*, natomiast szerzyć zimnicę mają tylko, zdaniem R., rozmaite odmiany *anopheles*. Larwy tego gatunku potrzebują jednak szczególnych, dokładnie znanych warunków do swego rozwoju i znajdują się tylko w niektórych miejscowościach w niewielkich jeziorkach, które łatwo zasypać i zdrenować, a w ten sposób i zimnicę tam wytępić. [Jeżeli przypuszczenia R., oparte na badaniach zimnicy podzwrotnikowej, mają zastósowanie *mutatis mutandis* i do naszego klimatu, to nasuwa się pytanie, czy i u nas nie możnaby popróbować proponowanego przez R. środka?]. *S.*

Dr. E. Ziemke: **Krwiak opon mózgowych miękich w przebiegu wąglika u człowieka.** *(Münch. med. Wochens.* 1899, Nr. 19). Piątego dnia choroby, rozpoznanej jako *pustula maligna* na lewym policzku, mimo wycięcia wrzodzianki, chora umiera. Sekcya wykazuje: krwawy naciek opon miękich mózgu, zmiany zapalne w ściankach naczyń krwionośnych i naciek drobnokomórkowy w ich otoczeniu. Tak w owym nacieku krwawym, jak i w śledzionie stwierdzono prątki wąglikowe. *Herman.*

Weyl: **Wyjaławianie wody do picia zapomocą ozonu.** *(Ctblt f. Bact.* T. 26, Nr. 1). Opierając się na znanej już dawniej okoliczności, że ozon działa zabójczo na drobnoustroje, przedsięwział W. próby wyjaławiania wody zapomocą ozonu, wytworzonego przez działanie elektryczności. Próby te wykazały, że w pewnych warunkach można zapomocą 3—4 mg. ozonu wyjałowić zupełnie $^1/_2$ litra wody. Próby oczyszczenia wody, silnie zanieczyszczonej, zapomocą ozonu i żelaza wydały lepsze wyniki, niż dotychczas stosowane oczyszczanie takiej wody zapomocą powietrza i żelaza; zastosowanie ozonu ma jeszcze tę wyższość, że wpływa na zmniejszenie się zanieczyszczeń organicznych w takich wodach. Wreszcie opisuje W. wielki zakład oczyszczania wody, zbudowany przez firmę Siemens i Halske, który w ciągu 10 godzin dostarcza 40.000 litrów wody oczyszczonej, a na wodę ze Sprewy działa taksamo, jak najstaranniej urządzone filtry piaskowe. W. dochodzi do wniosku, że zakłady takie mają większą przyszłość od filtrów piaskowych. *S.*

Wiesner. **O usypianiu chlorkiem metylu.** *(Wiener med. Wochenschrift* 1899, Nr. 28). Na klinice Hackera zastósowano usypianie chlorkiem metylu (kelenem) w 200 prawie przypadkach. Znieczulenie następuje już po $^1/_2$—2 minutach, okresu podniecenia albo wcale nie ma, albo jest bardzo nieznaczny; natychmiastowe przebudzenie się z uśpienia, brak objawów ubocznych (nie wyjmując wymiotów), — wszystkie te zalety pozwalają stosować ten sposób usypiania nawet u osłabionych utratą krwi i dotkniętych wstrząsem. *w.*

Scheiber. **O zawieszaniu w chorobach nerwowych i nowych odmianach tego sposobu.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899, Nr. 27). Znane zawieszanie sposobem Charcot-Moczutkowskiego, aczkolwiek nie spełniło przesadnych nadziei, jednakże pozostało w rzędzie środków użytecznych, sprowadzając nieraz wybitne polepszenie w wiądzie rdzenia, drżączce poraźnej, neurastenii, nerwobólu kulszowym i t. d. Względnie najlepsze wyniki osiągnięto w wiądzie rdzenia, gdzie nieraz wszystkie objawy, prócz objawu Argyll-Robertsona i zniesienia odruchów kolanowych, po zawieszaniu ustępowały. Zawieszanie pierwotnym sposobem zapomocą pętli Glissonowskiej i pętli pachowych ma jednak tę wadę, że nie daje się dokładnie dawkować, a nieraz już wywoływało nieprzyjemne powikłania, jak ból głowy, zawroty, wymioty; nawet kilkakrotnie zaszły przypadki śmierci. Ulepszenia, wprowadzone przez Sprimona, pozwalały wprawdzie mierzyć dokładnie zawieszenie, ale naciąganie rdzenia odbywało się przytem niejednostajnie. S. zbudował więc przyrząd w postaci krzesła, zastępując pętle pachowe podporami pod łokcie, które pozwalają choremu w razie potrzeby nieco się unieść i przez to zwolnić siłę, wywartą przez pętlę Glissonowską; dodana do przyrządu waga pozwala siłę pociągania dokładnie mierzyć, ograniczając ją do 30—50 klgr. przy 8—10 minutowem posiedzeniu. Wyniki, osiągnięte tym przyrządem, nie były gorsze od wyników leczenia innymi przyrządami do zawieszania, a objawów ubocznych nigdy nie zauważono. *Z.*

VI. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

Pierwszy dzień Zjazdu.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie popołudniowe w dniu 18 lipca b. r. rozpoczyna kol. Rutkowski przedstawieniem *röntgenogramów*, wykonanych w klinice chirurgicznej krakowskiej przez kol. Kaczkowskiego, między którymi wymienić wypada dwa diagramy, oddające bardzo wyraźnie kamienie moczowe w pęcherzu (jeden z nich wytworzony około podwójnej szpilki), jeden diagram, oddający płytkę z zębami w przełyku i dwa, oddające kule w czaszce.

Kol. Grosglik (Warszawa) omawia bardzo obszernie i wyczerpująco przypadek, w którym *w następstwie zakażenia moczowego* wystąpił *skurcz przełyku* w odległości 39 ctm. od linii zębowej. Przypadek ten dotyczył starca, liczącego lat 74, który z powodu przerostu gruczołu krokowego cierpiał od roku na mimowolne moczenie. W przypadku tym obok biegunki, silnego pragnienia, suchości w jamie ust, wystąpiły bardzo uporczywe wymioty, utrudnienie połykania pokarmów stałych, a później i płynnych, a dalej charłactwo podobne do rakowego. Rozpoznanie wahało się między rakiem wpustu żołądka, a zakażeniem moczowem. Pilne i konsekwentne odprowadzanie moczu, oraz przepłókiwanie pęcherza roztworem kwasu borowego usunęło powyżej podane objawy w zupełności.

Radca Dworu Prof. Rydygier przedstawia przypadek *garbu*, w którym przyrząd Schedego, w połączeniu z opatrunkiem gipsowym, bardzo dobre oddał usługi i okazuje przyrząd, zbudowany przez fabrykę Georgeona (Lwów) dla chorej, która obok garbu cierpiała na gruźlicę płuc i duszność.

Kol. Bogdanik opisuje przypadek dotyczący chorej, która z objawami *ciąży zamacicznej* zgłosiła się do szpitala poraz pierwszy w roku 1892. Chorą tę operował mowca z powodu dużego guza w jamie brzusznej dopiero w roku 1898. Z guza wychodzącego z okolicy macicy wydobył wówczas kostki zmacerowane, odpowiadające siedmio-miesięcznemu płodowi. Przy tej sposobności zaleca mowca, by w przypadkach ciąży zamacicznej okres przerwania ciąży, mający najczęściej miejsce między 2—3 miesiącem, przeczekać i dopiero po ustąpieniu objawów gwałtownej niedokrwistości przystępować do zabiegu.

Przeciw temu poglądowi występują: kol. Prof. Trzebicky, Doc. Wehr, Rutkowski, Sołtysik (Kraków), Wojciechowski (Kraków), Zieliński (N. Sącz), którzy na podstawie spostrzeganych przez siebie przypadków przyszli do przekonania, że krwotoki, jakie w tym okresie występują, wymagają natychmiastowej interwencyi chirurgicznej. To zapatrywanie zgadza się zresztą w zupełności z duchem nowoczesnej chirurgii.

Kol. Prof. Trzebicky: *O doszczętnej operacyi przepuklin sposobem Kochera.* — Omówiwszy pokrótce technikę sposobu Kochera, przedstawia mowca statystykę własną, opartą na 60 przypadkach, tym sposobem leczonych. 5 z tych przypadków powikłanych było ropieniem, w 2 nastąpił nawrót w przeciągu 2—1 roku.

W rozprawach nad tym przedmiotem zapytuje kol. Doc. Wehr, czy i jak często zauważał prelegent ropienie w kanałach szwów, zdarzające się mimo zachowania wszelkich reguł w pewnym odsetku przypadków.

Kol. Krasowski (Lwów) podnosi, że korzystniejsze jest wyciąganie worka nie naprzeciw wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, lecz znacznie wyżej, aż prawie do *»spina anterior superior«*.

Kol. Doc. Kryński zauważył naocznie w klinice Kochera, że obecnie Kocher wprowadził modyfikacyę, polegającą na wgłabianiu worka przepuklinowego. Zresztą Kocher sam często używa sposobu Bassiniego.

Kol. Doc. Bossowski (Kraków) podnosi wyższość sposobu Bassiniego, mianowicie szerokie otwarcie, podczas gdy sposób Kochera daje dostęp ciasny. Raz zauważył kol. B. po użyciu sposobu Kochera obumarcie jądra, co zresztą nie przemawia oczywiście bezwzględnie przeciw temu sposobowi, lecz jest ostrzeżeniem przed operowaniem wogóle na ślepo.

Kol. Doc. Schramm równie jak kol. B. posiada duże własne doświadczenie co do operacyi przepuklin u dzieci — i operuje zawsze sposobem Kochera. Przypadki takie, jak kol. Bossowskiego zdarzają się i przy sposobie Bassiniego. Kol. Schramm samoistnie wpadł na obecnie używaną modyfikacyę, to jest wgłobienie worka, z wyników sposobu Kochera jest bardzo zadowolony; nawrotów nigdy nie zauważył.

Radca Dworu Prof. Rydygier zauważa, że Kocher swoją modyfikacyę t. j. wgłobienie, podał już na Zjeździe w Moskwie, acz nie dość wyraźnie. Dalej zwraca uwagę, że zdarzają się przypadki doszczętnego wyleczenia przepukliny pod wpływem samego paska przepuklinowego.

Kol. Doc. Barącz (Lwów) zapytuje, czy kto z obecnych próbował zamiast szwu warstwowego, szwu materacowego i innych modyfikacyi, zapobiegających nekrozie uciskowej aseptycznej, — oraz jakie są wyniki tych modyfikacyi.

Kol. Krasowski ostrzega, aby przy szyciu mięśni szwów zanadto nie przyciągać, gdyż to właśnie jest przyczyną obumierania tkanek.

Kol. Prof. Trzebicky wyjaśnia, że do szwu w warstwach głębszych używa drutów metalowych i przez to uniknął ropienia w kanałach szwów, prócz chyba w szwach powierzchownych skórnych (jedwabnych). Kocherowskiego wgłobienia mowca nie próbował, bo miał z dawniejszą metodą zupełnie dobre wyniki. Na wybór sposobu nie wpływa wielkość przepukliny, lecz zachowanie się kanału; gdzie kanał szeroki, sposób Kochera nie jest wskazany, lecz Bassini. Szwu materacowego mowca nie używał, gdyż wogóle rzadko używa sposobu Bassiniego, gdzie szew ten może być zastósowany.

Kol. Doc. Bossowski: *W sprawie operacyjnego leczenia puchliny brzusznej przy marskości wątroby.* Mowca opisuje przypadek, w którym z powodu puchliny brzusznej wysokiego stopnia wykonał otwarcie jamy brzusznej i *Cholecystostomię*. W przypadku tym nastąpiło polepszenie, gdyż płyn gromadzi się w jamie brzusznej powolniej, niż przed operacyą. Teoretycznie biorąc ma działanie operacyi polegać na tem, że przez unaczynione zrosty, jakie się wytwarzają między jelitami i siecią a ścianą brzucha, wytwarza się krążenie oboczne, które ułatwia odpływ krwi z gałązek żyły wrotnej.

W rozprawach zabiera naprzód głos Radca Dworu Prof. Rydygier zwracając uwagę na ważność poruszonej sprawy.

Kol. Doc. Schramm sądzi, że wyniki pomyślne, osiągnięte zapomocą podanych przez kol. Bossowskiego sposobów, nie będą trwałe, ponieważ, jak sam kol. B. podniósł, zrosty z czasem stają się zbite, gorzej unaczynione i przestają służyć do krążenia obocznego. *Cholecystostomia* zdaje się zaś być zabiegiem zupełnie zbytecznym. Cel wykonanej przez kol. Bossowskiego *Cholecystostomii* niezupełnie jest jasny, gdyż w przypadkach, przytoczonych z literatury, w których ją wykonano, chodziło o *Cirrhosis biliaris infectiosa*, a tej w przypadku kol. Bossowskiego, jak się zdaje, nie było.

Kol. Doc. Kryński wyjaśnia, że w przypadku Delageniera istniała żółtaczka i stąd D. starał się przez cholecystostomię działać na samą przyczynę choroby. Zresztą kol. K. zapatruje się na rzecz podobnie sceptycznie, jak K. Schramm.

Kol. Kijewski (Warszawa) również podziela sceptyczne poglądy kol. Schramma, lecz spodziewa się wyjaśnienia sprawy od doświadczeń na zwierzętach.

Kol. Doc. Barącz jest podobnego zdania, jednak sądzi, że może działać tu będą cośkolwiek lepsze warunki odżywcze w otrzewnej.

Kol. Doc. Ciechanowski zwraca uwagę, że zabiegi, o których mowa, mogą mieć znaczenie li tylko objawowe; wynik ich w pierwszym rzędzie zależeć musi od stanu wątroby; w formach marskości, postępujących szybko, wszelkie zapobieganie puchlinie brzusznej nie przedłuży chyba o wiele życia chorego, natomiast w postaciach wolniej przebiegających, stałe usunięcie lub zmniejszenie puchliny brzusznej (zamiast ciągłych nakłóć, łatwo dających powód do zakażenia) nie byłoby dla ustroju bez znaczenia. Z drugiej strony jednak podnieść należy, że wytworzenie zrostów otrzewnowych może mieć wpływ mechaniczny na czynności jelit; co ważniejsza, krążenie oboczne, sztucznie wytworzone w tym stopniu, że wykluczyłoby zupełnie działanie wątroby, mogłoby wprowadzić do obiegu krwi produkty szkodliwe, wessane z jelit, z których inaczej część przynajmniej mogłaby być zobojętnioną przez działanie fizyologiczne zdrowej jeszcze części tkanki wątrobowej. Doświadczenia na zwierzętach, wbrew zdaniu kol. Kijewskiego, prawdopodobnie nie przyczynią się zbyt wiele do rozjaśnienia omawianych zagadnień, ponieważ w doświadczeniach takich niełatwo otrzymać zmiany chorobowe wątroby, dokładnie odpowiadające zmianom wątroby ludzkiej, których rodzaj i stopień w całem tem zagadnieniu pierwszorzędną gra rolę.

W rozprawach przemawiali jeszcze kol. Pruszyński (Warszawa) i prelegent. Na tem zakończono pierwszy dzień Zjazdu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Bumm występując przeciw Wertheimowi, zaleca przeciwnie operować przez pochwę właśnie te przypadki, w których istnieje niedokrewność i osłabienie z powodu długich krwotoków. Tych przypadków nigdy nie należy operować przez laparotomię. Przez pochwę operowane znoszą takie chore godzinami trwający zabieg o wiele lepiej, niż znacznie krótszy przez laparotomię. B. radzi każdy przypadek, który operuje się przez pochwę, tak przysposobić, żeby w razie potrzeby można było operacyi dokończyć przez laparotomię. B. jest zwolennikiem całkowitego wycinania macicy. Leczenie włókniaków elektrycznością daje wprawdzie lepsze skutki, aniżeli wyskrobanie macicy, jednakże skutki te są wogóle niepewne i trzeba leczyć miesiącami. Stąd też leczenie elektrycznością obejmować może chyba tylko te przypadki, w których albo włókniaki są małe, albo dla pewnych przyczyn nie mogą być operowane. O wyborze drogi operacyjnej nie decyduje wielkość włókniaka, ale jego usadowienie. Włókniaków śródwięzadłowych nie powinno się pod żadnym warunkiem operować przez pochwę. Poprzecznie położone *(transversal entwickelte)* włókniaki również nie nadają się do operacyj przez pochwę.

Schatz używa, jeżeli nie można z jakiej przyczyny włókniaka operować, *Ext. hydrastis* w wielkich dawkach, 5·00 grm. na jedno wstrzyknięcie. Leczyć wstrzykiwaniami należy miesiącami, nawet podczas miesiączki, dochodząc do 150 wstrzykiwań. W jednym przypadku leczył S. chorą w ten sposób przez dwa lata. Oprócz *Ext. hydrastis* używa S. 4·00 grm. wstrzykiwań ergotyny.

Mackenroth radzi używać zamiast elektryczności, która zupełnie nie pomaga, ergotyny; należy też próbować tamponady. Przy wycięciu macicy radzi M. pozostawiać kikut. W przypadkach powikłanych lub zapalnych nie należy operować zapomocą zgniatania naczyń *(angiothrypsia)*, ponieważ w jednym przypadku zdarzyło się M. zacisnąć przy tem moczowód.

Lohlein. Przy leczeniu paliatywnem włókniaków ważnym środkiem jest wyskrobanie macicy, które wykonane aseptycznie nie jest niebezpieczne. Przy wyborze operacyi należy zwrócić uwagę na to, czy chora jest wieloródką, czy pierwiastką; w pierwszym razie operować przez pochwę, w drugim nie. Przez pochwę można operować nie tylko małe, ale i wielkie włókniaki. Włókniaków, których nie można wyłuszczyć, nie będzie można również zmniejszyć przez kawałkowanie. Pozostawiony kikut macicy można leczyć zewnątrzotrzewnowo, jednakże L. przekłada postępowanie wewnątrzotrzewnowe. Przy laparotomii należy chorą ułożyć na sposób Trendelenburga.

Olshausen. Włókniaki nieotorbione trafiają się bardzo rzadko. Gdy przy badaniu chorej wykryje lekarz włókniak, o którym chora nie wie i który żadnych jej nie sprawia dolegliwości, nie tylko nie powinno się go operować, ale nawet nie należy o nim chorej wspominać, bo przez to tylko wywołuje się u chorych niepotrzebne zaniepokojenie. Od O. często żądają chore operacyi dla tego jedynie, że któryś z lekarzy zwrócił ich uwagę na istnienie nowotworu macicy. O. w takich razach nie operuje, lecz zaleca

chorej zupełnie nie troszczyć się o to, że włókniak rośnie; dopóki nie sprawia on dolegliwości, nie może być niebezpiecznym. Jako powikłania włókniaków zauważył O. wrzody okrągłe żołądka i zatory niezakaźne; rzadko tylko zdarzają się zatory zakaźne, znamionujące się gorączką. Wyłyżeczkowania przy włókniakach można próbować, gdy one są małe i twarde. Wyłyżeczkowanie samo może czasem usunąć dolegliwości nawet na lat kilka. Przy wycinaniu macicy należy zachować jajniki, osobliwie u młodych osób, bo im młodsza chora, tem cięższe po usunięciu jajników zdarzają się dolegliwości. Gdy nie można obu, to należy starać się zachować przynajmniej jeden jajnik. Do dobrego wyniku operacyi bardzo wiele przyczynia się dobra technika. Macicę całkowicie wycinać należy wówczas, gdy włókniak jest albo bardzo wielki, albo leży na szyjce macicy. Zdarza się niekiedy, że na pozostawionym kikucie wytwarza się rak; ale to najczęściej wtenczas, gdy tętnica maciczna została podwiązaną z powodu niedostatecznego odżywienia kikuta.

Z w e i f e l. Do objawowego leczenia włókniaków nadaje się ergotyna lepiej, aniżeli *Ext. Hydrastis*. Przy operacyi należy zachować jajniki. Zweifel woli całkowite wycięcie macicy, niż amputacyę, bo chore później często uskarżają się na dolegliwości, wywoływane przez pozostawiony kikut.

R o s t h o r n. Co się tyczy objawowego leczenia włókniaków, widać z rozpraw, że ogół niema do tego sposobu zaufania; mimo to R. bardzo ceni ten sposób w tych przypadkach, które albo z jakichkolwiek powodów nie mogą być operowane, albo w których niema koniecznych wskazań do operacyi. R. zaleca wstrzykiwania ergotyny i *Hydrastis*. Leczenie objawowe nie powinno się jednak za długo przeciągać, bo często do operacyi zgłaszają się tak wyniszczone chore, że wynik operacyi jest wątpliwy. Częste manipulacye w macicy są nieodpowiednie. Sposób Apostolego w leczeniu włókniaków prawie już zarzucono, chociażby z tego powodu, że później powstają łatwo sposoczenia. Co się tyczy wpływu lat przejściowych *(climacterium)* na włókniaki, to zauważył R., że często zaczynają one w tym czasie rosnąć z ogromną szybkością bez żadnej widocznej przyczyny. Stałych reguł do operacyi włókniaków nie można stwarzać, bo każdy przypadek ma swe odmienne cechy. Wielkie, nieruchome włókniaki należy operować przez laparotomię, mniejsze przez pochwę, jednak i w tym razie nie da się naprzód oznaczyć, czy włókniak jest otorbiony. Na wybór drogi operacyjnej nie wpływa wielkość, lecz raczej ruchomość włókniaka. Wszystkie przypadki należy indywidualizować i nadzwyczaj dokładnie badać, zanim się coś stałego postanowi. Co się tyczy wielkości włókniaka, to jak wynika z toku rozpraw, włókniaki ruchome, sięgające do pępka, można operować przez pochwę; większe nie nadają się do operacyi tą drogą. Czy wycinać macicę całkowicie, czy też amputować, zostawiając kikut dłuższy lub krótszy? Zweifel zaleca pozostawiać jak można najdłuższy kikut, zawierający jeszcze błonę śluzową macicy. Jajniki należy również zostawiać, jeżeli tylko niema przeciwwskazania. Czasami zdarza się wprawdzie, że pozostawione jajniki sprowadzają zrosty i następowe dolegliwości, że mogłyby w nich powstać nowotwory i t. d.; ale gdy się porówna te dolegliwości z nadzwyczaj ciężkimi nieraz objawami psychicznemi i nerwowemi, które nader często sprowadza wytrzebienie, a które nieraz latami trwające unieszczęśliwiają poprostu chore, lepiej jest zostawiać jajniki. Wpływ wytrzebienia na ustrój bywa zresztą u różnych osobników bardzo rozmaity. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 3 sierpnia.

— *Wiener Zeitung* ogłasza, że profesorem chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie mianowany został Dr. Bronisław K a d e r, dotychczas docent uniwersytetu wrocławskiego.

— Kalendarz lekarski krakowski na r. 1900 wyjdzie w tym roku w ciągu miesiąca września. Ponieważ już obecnie firmy wydawnicze niemieckie poczynają zarzucać Galicyę ogłoszeniami o niemieckich kalendarzach lekarskich, przeto przypominamy o polskiem wydawnictwie tego rodzaju, które przez szereg lat wyrobiło sobie rzeczywiście zasłużone uznanie, a doskonaląc się z roku na rok, conajmniej dorównuje kalendarzom zagranicznym; nie mamy zaś chyba żadnego powodu popierać wydawnictw niemieckich, posiadając rzecz we własnym języku, która, prócz innych, tę jeszcze wyższość nad zagranicznemi posiada, że jest do naszych warunków ściśle zastósowaną.

— Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu 29 (16—22. VII. 1899). Małżeństw 9 (5·59), urodzin 48 (29·8), skonów 56 (34·78). Stosunek dzieci ślubnych do nieślubnych u katolików 24:7, u żydów 5:10. Z chorób zakaźnych ostrych zmarła tylko jedna kobieta na płonicę.

— W znanej czytelnikom »Przeglądu« sprawie miejskiej Kasy chorych w Krakowie zaznacza się, jak nas poinformowano, godna uwagi solidarność lekarzy, gdyż wszyscy, mogący zająć miejsce czterech ustępujących kolegów, zajęli odporne stanowisko względem dotyczących propozycyj Zarządu Kasy, uważając jego postępowanie za szkodliwe interesom stanu lekarskiego.

— W Szczawnicy do 24 lipca b. r. bawiło 1891 osób.

— Rosyjskie Tow. lekarskie, istniejące w Warszawie, otrzymało ze skarbu państwa roczną zapomogę w kwocie 500 rubli na przeciąg lat pięciu. (*St. Petersb. med. Woch.* 99. 27).

— XIII międzynarodowy zjazd lekarski odbędzie się w Paryżu 2—9 sierpnia 1900 r. Prezesem biura zjazdu jest Lannelongue (rue François I, 3), sekretarzem głównym Chauffard (rue Saint-Guillaume 21), skarbnikiem Duflocq (rue Miromencie 64). Prezesem komitetu głównego jest prof. Brouardel, wiceprezesami Bouchard i Marey. Adres biura: rue de l'Ecole-de-Médecine 21. Składka wynosi 25 franków; cudzoziemscy uczestnicy mogą się zgłaszać przez komitety krajowe. Posiedzeń ogólnych będzie dwa; wykłady w sekcyach trwać mogą najwyżej minut 15, przemówienia w dyskusyach minut 5; urzędowym językiem zjazdu jest francuski, prócz tego dopuszczone są języki niemiecki i angielski. Ostatni termin zgłaszania wykładów oznaczono na 1-go maja 1900 r. Sekcyi naukowych utworzono 23, mianowicie: anatomii, histologii, fizyologii, patologii, bakteryologii, anatomii patologicznej, patologii wewnętrznej, chorób dziecięcych, terapii i farmokologii, neurologii, psychiatryi, dermatologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii dróg moczowych, oftalmologii, laryngologii, otyatryi, stomatologii, położnictwa, ginekologii, medycyny sądowej i medycyny wojskowej.

Mianowania i odznaczenia. Prof. R ö n t g e n przenosi się z Würzburga do Monachium. Mianowani dyrektorami klinik w Genewie: Prof. M a y o r — chorób wewnętrznych, Prof. J e n t z e r — położniczej, Prof R e v e r d i n — chirurgicznej. W Birningham mianowany profesorem anatomii patol. i bakteryologii Dr. R. T. C. L e i t h, profesorem medycyny sądowej Dr. J. T. M o r r i s o n.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta Lekarska* Nr. 30. J. P e s z k e: Wspomnienie pośmiertne Józefa Majera. M. K o s z k o w s k i: Przyczynek do nauki o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapna. Dr. J. F a j e r s z t a j n: Polymyositis primaria (c. d.). *Medycyna* Nr. 30. R. G u l o w s k i: O odczynie Florencea przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim (dok.). Dr. Fr. N e u g e b a u e r: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach (dok.).

Redakcya otrzymała:

— W. K a m a n i n: O nagnoenii pod wljaniem mikrobow (praca uwieńczona złotym medalem. Kijów, 1899.

— Dr. Zygmunt W a c h t e l: Dwa przypadki ciąży zamacicznej.

— Dr. Adam A c k e r m a n: Przypadek nerwobólu 3-ciej gałęzi n. trójdzielnego, wywołanego wskutek ucisku przez ząb nadliczbowy.

— Dr. Władysław D z i e w o ń s k i A) O wieloogniskowem występowaniu raków, B) Przyczynek do techniki szwu nerwowego.

— Dr. Władysław H o j n a c k i: W sprawie leczenia gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową. Odbitki z książki pamiątkowej. Kraków. 1899.

Zastępca redaktora odpowiedzialnego:
Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.